

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

68

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Adrien BOREL

Né à Paris, le 19 mars 1886
Ancien Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Réflexes dans la démence précoce

Président : M. GILBERT BALLET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

68

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Adrien BOREL

Né à Paris, le 19 mars 1886
Ancien Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Réflexes dans la démence précoce

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Président : M. GILBERT BALLET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GULLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET

MONSIEUR LE DOCTEUR CETTINGER

Dont nous avons été l'externe.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

A MONSIEUR LE DOCTEUR VURPAS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Réflexes dans la démence précoce

Nous nous proposons de faire ici une étude de la réflexivité dans la démence précoce.

M. le D^r Vurpas, médecin de Bicêtre, qui nous a conseillé ce travail, a bien voulu mettre à notre disposition les malades de son service de l'hospice de Bicêtre. Qu'il nous soit donc permis, avant toute chose, de le remercier de son obligeance, ainsi que de ses conseils.

Nous diviserons ainsi notre sujet :

Dans un premier chapitre nous exposerons les conclusions des différents auteurs qui se sont occupés de la question en groupant les résultats par eux obtenus sous trois rubriques :

- a) Réflexes cutanés ;
- b) Réflexes tendineux ;
- c) Réflexes oculo-pupillaires.

Dans un second chapitre nous apporterons les observations de 23 déments précoces examinés par nous dans le service de M. le D^r Vurpas.

Nous ferons ensuite une statistique des résultats ainsi recueillis, que nous comparerons à celles obtenues précédemment par les auteurs.

Nous verrons, d'autre part, si de l'étude des réflexes chez les déments précoces, on ne peut tirer aucune conclusion sur la pathogénie des troubles que l'on y observe ; et s'il est possible enfin d'établir une formule caractérisant la réfectivité dans cette affection.

Nous consacrerons en outre quelques pages à l'étude, chez les déments précoces, d'un réflexe nouvellement signalé : le réflexe de Léri.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION

L'étude des réflexes dans la démence précoce a été faite, plus ou moins complètement, par un certain nombre d'auteurs. Kroepelin, en 1899, y avait consacré quelques lignes en faisant la description des troubles physiques de la démence précoce.

Depuis 1900, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses publications ont paru à ce sujet. Nous n'avons pas l'intention de les rappeler toutes en ces lignes. Nous nous bornerons seulement à consigner ici les plus importantes et à donner les conclusions des principaux auteurs.

Nous étudierons successivement les travaux ayant trait :

- a) Aux réflexes cutanés ;
- b) Aux réflexes tendineux ;
- c) Aux réflexes oculo-pupillaires.

A. — *Réflexes cutanés*

Kroepelin, sans insister particulièrement sur le caractère des réflexes cutanés, avait dit que la sensibilité était émoussée dans la démence précoce, malgré une augmentation de l'excitabilité des nerfs et des muscles.

Sérieux, en 1902, présente une étude plus complète de la question. Reprenant l'étude des troubles psychiques observés chez les déments précoces, il constate une diminution assez fréquente de la réflexivité cutanée. D'après cet auteur, le réflexe abdominal est diminué dans 28 o/o des cas, le réflexe crémasterien dans 47 o/o des cas ; le réflexe plantaire dans 50 o/o des cas.

Avec Masselon, la même année, Sérieux rappelle encore cette diminution de la réflexivité cutanée, mais ajoute que ce sont là des symptômes pouvant varier d'un jour à l'autre chez le même sujet, et que tel réflexe, paraissant aboli ou diminué la veille, peut reparaitre le lendemain.

Dide, en 1902, obtient une conclusion plus absolue : pour lui, la diminution ou l'abolition des réflexes cutanés est extrêmement fréquente et presque la règle.

Chenais (1902), dans sa thèse, trouve des résultats un peu différents. Il constate surtout une diminution ou une abolition fréquente du réflexe du fascia lata.

D'autre part, d'après cet auteur, le réflexe plantaire est rarement normal des deux côtés : le plus souvent il est en flexion légère des quatre petits orteils avec immobilité du gros. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares du reste, il signale l'extension du gros orteil.

Quant aux réflexes abdominal et crémastérien, ils ne sont, dit-il, jamais modifiés.

Deny, au Congrès de Pau (1904), fait des constatations similaires. Pour lui, les réflexes cutanés sont diminués, ou même parfois abolis, dans 71 o/o des cas.

Trepsat (1905) trouve une diminution ou abolition du réflexe cutané plantaire dans 64 o/o des cas, mais le trouve exagéré dans 28 o/o des cas.

Maillard (1909) signale, de même, une diminution ou une abolition du réflexe plantaire, dans la proportion de quinze fois sur 21 cas dans les formes hébéphrénique et catatonique de la démence précoce, alors que dans la forme paranoïde cette diminution ou abolition n'existe plus que dans la moitié des cas seulement.

Picquemal (1913) trouve des résultats plus discordants. Il constate tantôt une diminution ou une abolition de tous les réflexes cutanés, tantôt une réflexivité normale, tantôt de l'exagération de tous les réflexes. Tantôt enfin, parmi les réflexes, les uns sont normaux, les autres diminués ou exagérés chez le même sujet.

Lagriffe, enfin, au Congrès du Puy, en 1913, ne

pense pas pouvoir trouver une formule de la réflectivité cutanée des déments précoces, le régime de ces réflexes étant trop variable d'un sujet à l'autre. D'ailleurs, ajoute-t-il, la réflectivité, en général, ne présente rien de caractéristique dans cette maladie et les troubles que l'on y observe rappellent tout à fait ceux que l'on peut rencontrer chez les débiles et les dégénérés.

B. — *Réflexes tendineux*

Pour la réflectivité tendineuse, les statistiques des auteurs et leurs conclusions sont un peu plus concordantes. Presque tous, ainsi que nous allons le voir, en constatent l'exagération et cela dans une proportion importante.

Krœpelin, d'ailleurs, l'avait déjà noté ; et il dit même que, chez ces malades, la réflectivité tendineuse est toujours exagérée.

A sa suite, Sérieux constate l'exagération des réflexes patellaires dans 73 0/0 des cas ; du réflexe de poignet dans 70 0/0 des cas ; et dit, qu'en somme, l'exagération de la réflectivité tendineuse est générale et constante chez le même sujet.

Pour Dide (1902) cette exagération est plus manifeste encore ; elle est presque constante, ce qui permet à cet auteur de décrire ce qu'il a appelé le syndrome réflexe de la démence précoce, syndrome constitué par l'association de ces deux termes :

diminution de la réflexivité cutanée et augmentation de la réflexivité tendineuse.

Chénais (1902) présente des conclusions analogues : les réflexes tendineux sont, dit-il, presque toujours exagérés. De plus, il signale la difficulté parfois très grande à rechercher les réflexes tendineux du membre supérieur chez ces malades. Il note enfin de la trépidation épileptoïde dans 4 cas sur 19 malades examinés.

Deny (1904) trouve les réflexes tendineux forts ou exagérés dans 93 o/o des cas.

Trepsat (1905) constate dans 59 o/o des cas de l'exagération du réflexe rotulien ; mais dans 12 o/o, au contraire, de la diminution de ces mêmes réflexes.

Maillard (1909), étudiant les malades selon la forme présentée, trouve les réflexes rotuliens exagérés dix-huit fois sur 21 malades dans les formes hébéphrénique et catatonique, dans 3 cas sur 6 dans la forme paranoïde. Il décrit de plus une modalité particulière du réflexe rotulien dans les formes hébéphrénique et catatonique existant dans 80 o/o de cas et consistant en une extension prolongée de la jambe après la percussion sur le tendon rotulien.

Piquemal (1913) note également l'exagération de la réflexivité tendineuse : les réflexes tendineux, dit-il, sont conservés ou exagérés dans 63 o/o des cas.

En résumé, nous voyons que l'exagération de la réflexivité tendineuse dans la démence précoce est admise par les auteurs dans une proportion variant de 59 o/o à 95 o/o des cas.

C. — *Réflexes oculo-pupillaires*

Les réflexes oculo-pupillaires ont donné lieu a de plus nombreux travaux. Krœpelin, en 1899, s'étend peu sur ces réflexes. Il signale seulement que la pupille est dilatée durant les périodes d'excitation, et que, d'autre part, on voit parfois de l'inégalité temporaire.

Mignot (1900) constate de la paresse, de l'affaiblissement, voire même la disparition du réflexe à la lumière dans 62 o/o des cas. Il constate de même des troubles du réflexe à l'accommodation mais dans une proportion plus faible : 20 o/o des cas seulement. Il signale en outre de la mydriase (30 o/o), de l'inégalité pupillaire (32 o/o).

Sérieux fait des constatations analogues : pour lui, le réflexe lumineux est troublé dans 77 o/o des cas, le réflexe à l'accommodation dans 78 o/o. L'inégalité pupillaire est fréquente (37 o/o) ; la déformation plus encore (41 o/o) ; la mydriase se voit dans 53 o/o des cas. Mais tous ces troubles, dit-il, sont assez variables chez le même sujet et d'un examen à l'autre.

Pour Chénais, le réflexe lumineux persiste presque toujours, mais peut être ralenti, paresseux. La déformation pupillaire est fréquente, l'inégalité rare. Enfin le signe de Pilcz lui paraît presque constant chez les déments précoces.

Bumke, étudiant les troubles pupillaires dans les

psychoses fonctionnelles, ne les constate que dans la démence précoce. Il y note la mydriase fréquente, l'absence de dilatation réflexe aux excitations psychiques et nerveuses, des variations physiologiques de la pupille. Il constate de plus, fréquemment, le réflexe paradoxal à la lumière, et le phénomène de l'orbiculaire qui, pour lui, est presque constant. Explorant enfin la sensibilité à la pilocarpine et à l'homatropine, celle-ci lui paraît absolument normale.

Tyson et Pierce Clarke constatent de l'insensibilité cornéenne.

Deny trouve des modifications des réflexes à la lumière et à l'accommodation : le premier, d'après cet auteur, est diminué dans 59 0/0 des cas, le second dans 41 0/0. Il signale en outre l'inégalité pupillaire (50 0/0), la mydriase très fréquente et très rarement du myosis.

Dide et Assicot (1905) au Congrès de Rennes présentent ainsi les résultats qu'ils obtiennent : Les malades d'après ces auteurs se groupent en trois catégories.

Dans une première, sont les malades peu nombreux présentant un affaiblissement et même une absence totale des deux réflexes à la lumière et à l'accommodation.

Dans une deuxième, ceux bien plus nombreux ayant une dissociation inverse au signe d'Argyll-Roberston, c'est-à-dire : persistance de réflexe lumineux, et diminution ou abolition de réflexe à l'accommodation.

Enfin, dans une troisième classe, se rangent les malades très rares présentant une signe d'Argyll net avec myosis et allure d'œil tabétique.

Ils ajoutent du reste que souvent les troubles observés sont variables chez le même malade si l'on fait des examens successifs. Enfin, d'après ces auteurs, il est exceptionnel de noter chez les déments précoces d'inégalité, de déformation pupillaire ou de myosis.

Blin (1905) trouve des résultats semblables. Et il divise les troubles qu'il observe en deux classes : Dans la première les troubles passagers variables d'un jour à l'autre et consistant en la diminution passagère ou l'affaiblissement d'un des deux réflexes à la lumière ou à l'accommodation. Dans l'autre, les troubles durables au premier rang desquels il place le signe d'Argyll observé par lui 13 fois 0/0. L'affaiblissement simultané des deux réflexes au contraire lui paraît rare (3 0/0). La dissociation inverse à l'Argyll surviendrait dans 6 0/0 des cas. La mydriase, l'inégalité, seraient également très peu fréquentes en tant que troubles constants : l'auteur ne les ayant trouvés que dans 7 0/0 des cas : La mydriase et l'inégalité passagère étaient au contraire plus communes (20 0/0).

Trepsat (1905) insiste à son tour également sur la variabilité des modifications des réactions pupillaires et des anomalies du sphincter irien observés chez les déments précoces. Ces modifications seraient, pour cet auteur, liées à l'état mental du sujet : elles consistent surtout en : ralentissement du réflexe lumi-

neux : 28 o/o des cas, et ralentissement du réflexe à l'accommodation, 26 o/o des cas.

Il signale de plus la déformation pupillaire dans 17 cas o/o, l'inégalité vingt-quatre fois, la mydriase quatorze fois sur cent.

Westphall, enfin, signale comme fréquente la réaction paradoxale à la lumière dans la démence précoce, et d'autre part dans la stupeur catatonique, le même auteur constate des changements de forme de la pupille qui devient ovulaire.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Armand L.... vingt ans. A été interné en 1911 pour affaiblissement intellectuel, avec indifférence affective complète, actes et rires non motivés. Suggestibilité, stéréotypies. Négativisme.

Dès ce moment, il présentait de la paresse des réflexes lumineux et une légère inégalité pupillaire.

Actuellement les mêmes symptômes persistent. Le malade est complètement désorienté dans l'espace et dans le temps : il ne sait ni son âge, ni depuis combien de temps il est interné.

Extrêmement suggestible, il présente des stéréotypies de gestes et de mots, de négativisme et une inconscience complète de sa situation. Il est généralement calme, a de rares impulsions. Mais ne présente pas d'accès d'excitation.

Pas d'idées délirantes.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés.

Réflexe plantaire : diminué.

Réflexe du facia lacta : presque aboli.

Réflexe abdominal : un peu faible.

Réflexe crémasterien : faible.

Réflexes tendineux.

Réflexe rotulien : faible.

Réflexe achilléen : faible.

Réflexes tricipital, bicipital, radial : très faibles.

Réflexes oculo-pupillaires.

Réflexe lumineux : très diminué et ralenti.

Réflexe à l'accommodation : normal.

Signe de Pilez : positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

Mydriase légère, passagère, mais fréquente.

OBSERVATION II

Israël K..., vingt-trois ans. Est entré en 1911 à Bicêtre, à la suite de violences dans son entourage, de refus d'alimentation et d'actes absurdes sur la voie publique. Depuis son entrée, son état est demeuré stationnaire avec des alternatives d'excitation et de dépression; du gâtisme, des impulsions, du mutisme par intervalles, et du refus d'alimentation.

Actuellement le malade est calme, indifférent; sa tenue est particulièrement négligée. Il déchire habituellement ses vêtements. Il fait des grimaces reproduisant presque toujours les mêmes. Il prend des attitudes bizarres et répète les mêmes gestes. Ses réponses sont toujours absurdes. Il a des accès d'excitation légère, surtout nocturnes, au cours desquels il prononce entre ses dents des mots qu'il est difficile de saisir.

Pas de catatonie. Pas d'idées délirantes que l'on puisse constater. Quelques impulsions,

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : très diminué.

Réflexe du fascia lacta : aboli.

Réflexe crémastérien : faible.

Réflexe abdominal : faible.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : très diminué.

Réflexe achilléen : faible.

Réflexe tricipital, bicipital : très faibles.

Réflexe radial : aboli.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexes lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : normal.

Signes de Pilcz : positif.

Légère inégalité pupillaire.

Sensibilité cornéenne : normale.

Les deux observations ci-dessus ont trait à des malades présentant à la fois une diminution de la réflexivité tendineuse et de la réflexivité cutanée.

Ces deux malades ont en outre de l'inégalité pupillaire. Chez le premier, l'inégalité a disparu aujourd'hui. Chez le deuxième, on peut la constater par intermittence.

Nous n'avons trouvé aucun antécédent spécifique.
Dans les deux cas le signe de Pilez est positif.

OBSERVATION III

Jules V..., trente et un ans. Entré en 1907, à vingt-cinq ans, pour affaiblissement démentiel avec apathie, indifférence, quelques idées de persécution et hypocondriaques ; tendances impulsives telles que bris d'objets, lacération de vêtements.

Actuellement le malade a une conscience relative de sa situation. Il s'est plaint à un certain moment de ne pouvoir se promener en liberté et ne pas avoir à sa disposition les objets dont il disait avoir besoin. Il est apathique, calme ; mais non dans la stupeur. Lorsqu'on le fait parler il répète constamment les mêmes phrases au sujet de son état de santé, mais ses réflexions sont presque toujours absurdes.

Quelques vagues idées de persécution paraissent le préoccuper particulièrement. Parfois il exerce des violences envers ses voisins, violences qui sont quelquefois suivies de bris des objets qui sont à sa portée. Un certain maniérisme dans son expression. Du rire.

Pas d'hallucinations. Troubles de la mémoire et de l'attention très marqués.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : normal et égal des deux côtés.

Réflexe du fascia lata : diminué.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexe crémasterien : normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : normal.

Réflexe achilléen : normal.

Réflexes tricipital, radial : faibles.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : normal.

Signe de Pilez : positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

Mydriase légère.

OBSERVATION IV

Pierre-Paul P..., trente-deux ans. Est entré à Bicêtre en 1902 à l'âge de dix-neuf ans pour affaiblissement intellectuel accompagné de quelques idées de persécution. On relevait également alors des hallucinations, des illusions, des interprétations. Peu à peu les hallucinations disparaissent, les idées délirantes s'atténuent, et l'affaiblissement intellectuel apparaît plus évident. Depuis trois ans on est bien en présence d'un état démentiel.

Actuellement : le malade sait qu'il est à Bicêtre, mais croit y être depuis trente-quatre ans ; il ne peut dire son âge. Il se rappelle quelques événements passés, mais a oublié les événements récents. Il croit toujours avoir affaire au médecin qui l'a soigné au début de son internement. Il présente

des troubles très marqués de l'attention. Si on veut lui faire résumer un fait divers qu'il vient de lire, le début de son récit est à peu près coordonné, mais après quelques instants ce récit perd toute cohérence. Il ne répond d'ailleurs pas toujours aux questions même très simples qu'on lui pose; son élocution est prétentieuse avec de nombreuses stéréotypies de mots et parfois des néologismes. Quelques impulsions. Quelques vagues idées délirantes.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : normal, mais faible.

Réflexe du fascia lata : à peine ébauché.

Réflexe crémastérien : normal.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : normaux.

Réflexes achilléens : normaux.

Réflexes bicipital, tricipital, radial : très faibles.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : ralenti.

Signe de Pilcz : négatif.

Sensibilité cornéenne : diminuée.

OBSERVATION V

Ernest W..., quarante-six ans. Ce malade est entré en 1899, à l'âge de vingt-trois ans. Depuis cette époque jusqu'en

1909, sur un fond d'affaiblissement intellectuel, il a présenté tantôt des idées de persécution, tantôt des idées hypocondriaques ou mélancoliques. Tantôt il s'excitait, tantôt inquiet, découragé, il aspirait à une tentative de suicide. Toutes ces idées délirantes d'ailleurs ont toujours été mal systématisées, et de temps en temps, passaient inaperçues pendant des périodes de violences au cours desquelles le malade déchirait ses vêtements, invectivait son entourage et brisait les objets qu'il avait à sa portée

Depuis trois ans, son état est à peu près celui que nous constatons aujourd'hui : son attitude ne nous présente rien de particulier à signaler, si non que, pendant ses promenades dans la cour, on observe fréquemment un haussement d'épaules. Une grande docilité à se laisser conduire à la salle d'examen et à se laisser observer. Il ne semble pas comprendre les paroles qu'on prononce. Quand il répond, presque monosyllabiquement, on ne peut tirer aucun profit des mots qu'il bégaye.

Il conserve les attitudes communiquées. Quelques impulsions à briser les objets, donner un coup de poing, renverser un verre.

Accès d'excitation rares, mais assez violents.

Examen des réflexes

Reflexe cutanés :

- Réflexe plantaire : diminué ;
- Réflexes de fascia-lata : normal ;
- Réflexes crémastérien : normal !
- Réflexe abdominal : normal ;

Réflexes tendineux :

Réflexes rotulien : normal ;

Réflexe achilléen : normal ;

Réflexe bicipital, tricipital, radial : normaux.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : un peu ralenti ;

Réflexe à l'accommodation : très diminué ;

Signe de Pilcz : négatif ;

Sensibilité cornéenne : diminuée ;

Légère inégalité pupillaire.

Les observations précédentes sont celles de malades dont la reflectivité tendineuse et cutanée sont normales.

Nous faisons remarquer que les malades III et IV conservent une certaine conscience de leur situation et présentent même quelques vagues idées de persécution.

Dans les observations suivantes II, VII, VIII, nous allons trouver une reflectivité tendineuse normale, et une reflectivité cutanée plus ou moins diminuée ou abolie.

OBSERVATION VI

Fortunato D... Le malade est entré en 1912, âgé de vingt-huit ans, pour un état mélancolique avec des idées mystiques et de persécution, de l'anxiété, du refus d'alimentation. Bientôt cet état mélancolique s'accompagna d'une profonde stupeur et le malade demeura pendant des semaines sans

prononcer un mot, se tenant debout pendant des heures sans presque faire un mouvement et refusant parfois de s'alimenter.

Actuellement, le malade reste assis les bras pendants, la tête basse, la lèvre pendante. On ne le voit faire presque aucun mouvement. On ne l'entend prononcer aucun mot. A l'interrogatoire, il commence par ne pas répondre et par reculer devant son interlocuteur. C'est avec difficulté qu'on lui fait prononcer quelques mots tels que : « oui, non ». Souvent sans rapport avec les questions qu'on lui pose. Il semble être indifférent et désorienté. Il conserve les attitudes communiquées.

De temps en temps : accès d'excitation nécessitant son transfert à la section des agités.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : un peu diminué ;

Réflexes de fascia-lata : faible ;

Réflexe crémastérien : normal ;

Réflexe abdominal : normal ;

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : normal ;

Réflexe achilléen : normal.

Réflexe bicipital, tricipital, radial : normaux ;

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : ralenti ;

Réflexe à l'accomodation : normal ;

Phénomène de Pilcz : positif ;

Sensibilité cornéenne : diminuée.

OBSERVATION VII

Eugène D..., trente-quatre ans. A été interné en 1908 âgé de vingt-neuf ans, pour débilité mentale avec léger état confusionnel. Après son internement on signale des périodes d'obnubilations; des accès de rire niais, des impulsions à la masturbation, de l'indifférence, de la malpropreté, de la gloutonnerie.

Actuellement, le malade est complètement désorienté et très obnubilé. Il se promène toujours aux mêmes endroits de la cour. Habituellement, il garde un mutisme complet, d'autrefois on l'entend émettre à mi-voix des propos absolument inintelligibles. Il est très difficile d'obtenir une parole de lui quand on l'interroge, et elle est alors incohérente. Très sale, il présente des impulsions violentes au cours desquelles il brise ce qui lui tombe sous la main, frappe ses voisins, et déchire méthodiquement ses habits.

Il garde facilement les poses qu'on lui fait prendre. Il est très suggestible. Accès de rire parfois. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : très diminué.

Réflexe de fascia lata : aboli.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexe crémasterien : très diminué.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : normal.

Réflexe achilléen : normal.

Réflexe bicipital, tricipital, radial : normal.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : normal.

Signe de Pilcz : négatif.

Sensibilité cornéenne : normal.

OBSERVATION VIII

Théophile L..., trente-deux ans. Le malade a été interné au mois de juin 1913 pour excitation avec propos désordonnés et incohérents pendant lesquels il émettait des mots de différentes langues. Inconscience de sa situation et symptômes confusionnels.

Depuis lors, le degré d'agitation est très variable. Tantôt il présente des mouvements et des gestes désordonnés ; tantôt une verbigération intense, une logorrhée intarissable avec des stéréotypies de mots et de phrases. Il se promène toujours aux mêmes endroits de la cour, fait le même nombre de pas, tourne toujours aux mêmes endroits. Lorsqu'on va le chercher, il essaie d'abord de s'enfuir, puis finit par se laisser conduire docilement. Complètement indifférent à ce qui se passe autour de lui, il est très difficile d'obtenir de lui des réponses concordant avec les questions qu'on lui pose. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : très diminué.

Réflexe du fascia lata : aboli.

Réflexe crémasterien : très diminué.

Réflexe abdominal : diminué.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : normal.

Réflexe achilléen : normal.

Réflexe bicipital et tricipital : faibles.

Réflexe radial : normal.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : ralenti.

Signe de Pilez : positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

Pupille légèrement irrégulière.

De ces trois dernières observations, les deux premières (obs. VI et VII) ont trait à des malades dans un état très marqué de stupeur.

Le troisième, au contraire, est fréquemment excité. Mais dans les trois cas, la symptomatologie de la réflectivité est constante.

Observation OBSERVATION IX

Jean C..., vingt ans. Interné en avril 1912, il présentait à son entrée les symptômes suivants : affaiblissement intellectuel

avec troubles profonds de l'attention ; indifférence affective, impulsions violentes, maniérisme et cris, négativisme et suggestibilité catatonique, exagération des réflexes rotuliens.

Ces troubles se retrouvent encore aujourd'hui. Bien qu'il ne soit pas indifférent à sa situation et qu'il manifeste quelque désir de quitter l'asile, il n'a aucun accès de violence et reste calme et docile à nos examens successifs. Il répond presque toujours dans le sens des questions qu'on lui pose et laisse apercevoir son extrême suggestibilité. Il conserve sans fatigue apparente les attitudes les plus paradoxales qu'on lui fait prendre. Si on lui commande de faire certains mouvements, quelquefois il les accomplit très docilement. d'autrefois il rit, ou fait quelques excentricités. Quelques vagues idées de persécution.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est normal et égal des deux côtés.

Le réflexe de fascia lata est normal.

Le réflexe abdominal : à peu près normal.

Le réflexe crémasterien : à peu près normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : très exagéré.

Réflexe achilléen : très exagéré.

Réflexe bicipital et tricipital : exagérés.

Réflexe radial : légèrement exagéré.

Réflexes seuls pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : très lent et peu accentué.

Pas d'inégalité ni de déformations pupillaires.

Phénomène de Pilcz ; positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

A d'autres examens : nous trouvons quelques légères différences.

Le réflexe lumineux paraît plus lent, et paresseux.

Les pupilles sont dilatées.

OBSERVATION X

Louis L..., trente-deux ans. Le malade a fait deux internements antérieurs pour des accès paraissant être des accès d'excitation maniaque. Lors de son troisième internement en 1910, il présentait un état d'excitation maniaque où se mêlait des idées mystiques et ambitieuses et un certain degré de confusion mentale.

Depuis son entrée, l'excitation n'existe que par intervalles. Ses attitudes sont très maniérées, ses gestes excentriques. Ses tendances sont mystiques et mégalo-maniaques.

Actuellement, ce qui domine au premier abord, c'est sa conversation, son langage, son geste, ses attitudes, sa tenue maniérés. Il prend des poses théâtrales ; a le geste large, puis demeure soudain immobile, silencieux, et répond sentencieusement et hautainement. Il refuse de se laisser examiner et ce n'est qu'après de multiples essais qu'on arrive à faire son examen physique. Il parle constamment des mêmes personnes et des mêmes choses et mâchonne le même morceau de papier. Accès d'excitations, impulsions, violences. Il sait où il est, depuis combien de temps il est entré à Bicêtre,

connaît son âge, a quelques préoccupations au sujet de sa sortie ; quelques idées de grandeur.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est normal des deux côtés.

Le réflexe du fascial lata est normal.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexe crémasterien : normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : très exagéré.

Réflexe achilléen : très fort.

Réflexes bicipital et tricipital : forts.

Réflexe radial : exagéré.

Réflexes oculo-pupillaires.

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : normal.

Légère inégalité pupillaire.

Phénomène de Pilcz : positif, mais faible.

Sensibilité cornéenne : normale.:

Un deuxième examen montre une diminution assez sensible du réflexe à la lumière. L'inégalité pupillaire persiste.

OBSERVATION XI

André P..., trente-deux ans. A été interné en 1905, à l'âge de vingt-cinq ans, pour accès d'excitation avec extravagances, verbigération, divagation, insomnie. Depuis lors, le

malade a présenté tantôt des périodes d'agitation au cours desquelles il brise les objets qui sont à sa portée, déchire ses vêtements, tantôt des périodes de dépression avec mutisme. Puis peu à peu les périodes d'excitation diminuent et l'état démentiel apparaît plus net.

Actuellement : le malade est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace ; il est incapable de dire où il se trouve, ne sait pas son âge ni depuis quelle époque il est interné. Il présente de nombreuses stéréotypies de gestes, se promène toujours aux mêmes endroits de la cour.

Quand on l'appelle, souvent il tente de s'enfuir, mais finit par venir docilement. Interrogé, il ne répond jamais à la question qu'on lui pose, sinon par des paroles absurdes où il est facile de constater des néologismes et des stéréotypies de mots et de phrases. Rires. Attitudes catatoniques. Suggestibilité.

Il ne paraît pas avoir d'idées délirantes.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : normal et égal des deux côtés.

Réflexe du fascia lata : normal.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexe crémastérien : normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : très exagéré.

Réflexe achilléen : exagéré.

Réflexes tricipital, bicipital : vifs.

Réflexe radial : exagéré.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : paresseux, ralenti.

Réflexe à l'accommodation : diminué.

Signe de Pilez : normal.

Légère inégalité pupillaire.

Sensibilité cornéenne : normale.

OBSERVATION XII

Jean-Jacques R..., trente-sept ans. Ce malade a été interné en 1894 à l'âge de dix-huit ans pour un état d'excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes; propos absurdes. Jusqu'en 1900, on constate tantôt des accès d'excitation au cours desquels il déchire tout ce qu'il trouve à sa portée, tantôt des périodes de mutisme entrecoupées seulement de paroles émises à voix basse et sans signification. Les états d'excitation diminuèrent progressivement et le fond démentiel apparaît plus net à partir de 1908.

Nombreux stigmates physiques de dégénérescence :

Actuellement le malade est alité, couché en chien de fusil, la tête reposant sur la main. Le mutisme est seulement interrompu par la répétition de la même phrase : « Misérables, vous êtes des misérables ». Il prend facilement les attitudes qu'on lui impose et les conserve même un moment. Impulsions et accès d'excitation très courts, à la suite desquels le malade se replonge de nouveau dans son mutisme. L'interrogatoire est impossible, il ne répond ni par le geste ni par la parole.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est normal, mais plus accentué du côté droit que du côté gauche.

Le réflexe de fascia lata est diminué.

Le réflexe abdominal est normal.

Le réflexe crémastérien est à peu près normal.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : très exagérés.

Réflexes archilléens : très exagérés.

Réflexes bicipital, tricipital, radial : forts.

Réflexes oculo-pupillaires :

Les pupilles sont en mydriase légère et réagissent d'une manière paradoxale à la lumière : en éclairant l'œil, on obtient en effet une dilatation de la pupille.

Le réflexe à l'accommodation, difficile à rechercher sur ce malade, existe mais paraît très ralenti.

La sensibilité de la cornée est émoussée.

Le phénomène de Pilcz est négatif.

Ces trois dernières observations se rapportent à des malades dont la réflexivité tendineuse est très exagérée, et la réflexivité cutanée normale.

Les malades IX et X ont une certaine conscience de leur situation et quelques idées de persécution.

Les malades XI et XII sont au contraire très profondément affaiblis.

Toutes les observations qui vont suivre nous

montrent une augmentation de la réflectivité tendineuse, quelquefois très exagérée. La réflectivité cutanée est rarement abolie, quelquefois égale, la plupart du temps diminuée. Les troubles oculaires, comme par ailleurs, sont très inconstants.

OBSERVATION XIII

Henri L..., vingt-deux ans. Ce malade est entré à l'asile au mois de juillet 1913 à la suite de violences envers son entourage, grossièreté dans les paroles, gestes obscènes. A son entrée le malade probablement éthylique avait des hallucinations, quelques idées de persécution et hypochondriaques sans systématisation. Il se plaignait de quelques dommages qui lui auraient été causés et récriminait contre sa famille et les personnes de son entourage.

Examen actuel. — Le malade est assez mal orienté, mais sait qu'il a été interné parmi des aliénés. Il ne se plaint pas particulièrement de cette mesure et les accès de violence et de colère qu'il manifeste sont spontanés et n'ont aucun rapport avec des idées de persécution ou sa situation dans l'asile. A l'interrogatoire, parfois il répond à la question, parfois il se plaint à des railleries; à des considérations sur son interlocuteur. Lorsqu'il répond, ses phrases d'abord assez logiques se perdent peu à peu dans un enchevêtrement de phrases incohérentes où réparaissent fréquemment les mêmes mots, les mêmes propos absurdes. Négativisme et suggestibilité. Stéréotypies des gestes et de la parole. Le malade a des accès fréquents d'excitation : on peut trouver

encore chez lui quelques préoccupations hypocondriaques. Jusqu'à présent on n'a pas constaté de mutisme mais des périodes de dépression légère.

Examen des réflexes :

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : très diminué, surtout à droite.

Réflexe du fascia lata : conservé et normal.

Réflexe crémasterien : faible.

Réflexe abdominal : un peu faible.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : très exagéré.

Réflexe achilléen : vif.

Réflexes bicipital, tricipital : normaux.

Réflexe radial : vif.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux ; normal.

Réflexe à l'accommodation : paresseux et diminué.

Pas de déformations pupillaires.

Phénomène de Pilcz : positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

A d'autres examens, nous avons constaté de la mydriase, qui a du reste disparu quelques jours après.

OBSERVATION XIV

• Émile R..., trente ans. Ce malade a été interné en 1899 à la suite d'actes de violences sur la voie publique avec propos

incohérents. A son entrée, il présentait de l'excitation par intervalles, des idées vagues de persécution ; jusqu'en 1908, l'état reste le même avec affaiblissement progressif des facultés.

Actuellement, le malade est désorienté dans le temps, inconscient de sa situation, à laquelle il est indifférent. Lorsqu'on le fait parler, il répond mal aux questions posées, et présente des stéréotypies de mots et de gestes. Éclats de rire. Masturbation. Impulsions violentes avec accès de colère. Quelques vagues idées de persécution.

Examen des réflexes :

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : diminué et égal de chaque côté.

Réflexe du fascia lata : aboli.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexe crémasterien : normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotulien : légèrement exagéré.

Réflexe achilléen : normal.

Réflexes tricipital

Réflexes bicipital

Réflexes radial

} normaux.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe à la lumière : paresseux.

Réflexe à l'accommodation.

Signe de Pilcz : positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

OBSERVATION XV

Raymond G..., vingt-trois ans. Le malade est entré en 1910 à la suite de troubles complexes, tels que violences, accès de colère, impulsions, fugues, tentative de suicide. Le malade est resté très agité pendant longtemps. A cet état d'agitation ont succédé bientôt des alternatives de dépression et parfois même de mutisme. Il demeurait indifférent à son internement, mais savait qu'il était à Bicêtre parmi des aliénés. Il ne se préoccupait pas de sa famille et n'avait même pas le désir de quitter l'hospice.

On a toujours eu beaucoup de difficultés à l'interroger, ses réponses, ne concordant pas avec les demandes et les phrases étant très mal prononcées. Il présente des attitudes catatoniques. Accès de rire, impulsions : violences au cours desquelles il se lève, casse des carreaux et se débat avec beaucoup de force, ce qui nécessite la présence de deux infirmiers pour le maintenir.

Actuellement, il est absolument impossible d'interroger ce malade qui présente d'ailleurs les mêmes symptômes. Il crache sur les personnes qui s'approchent de lui ; stéréotypies de certains gestes ; accès d'agitation par intervalles.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Réflexe plantaire : normal et égal des deux côtés.

Réflexe du fascia lata : faible.

Réflexe crémastérien : normal.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotuliens : exagérés.

Réflexes achilléens ; exagérés.

Réflexes bicipital, tricipital, radial : vifs.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : normal.

Les pupilles sont parfaitement égales.

Le signe de Pilcz est négatif.

Sensibilité cornéenne normale.

OBSERVATION XVI

Jean V..., vingt-quatre ans. A été interné en 1905, après un séjour à la Roquette pour vol. Auparavant ce malade avait fait des fugues. Il a été considéré d'abord comme un débile avec perversions instinctives, présentant quelques idées vagues de persécution avec hallucinations. Mais bientôt celles-ci semblent disparaître, tandis que se précisent les troubles qui permettent d'affirmer la démence précoce.

Actuellement : idées vagues de persécution ; indifférencé, inconscience de sa situation, désorientation dans le temps et dans l'espace ; impossibilité de fixer son attention ; propos sans suite ; répétition des mêmes mots et des mêmes phrases ; excitation par intervalles avec loquacité, cris, gestes désordonnés, état hypomaniaque. Les états d'excitation alternent avec des périodes de calme pendant lesquelles on peut

observer soudainement des éclats de rire ainsi que des accès subits de colère ou des impulsions au cours desquelles il déchire ses vêtements, frappe ses voisins ou brise les objets dont il peut disposer.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Reflexe

Le réflexe plantaire est normal.

Le réflexe du fascia lata est normal.

Le réflexe abdominal est faible.

Le réflexe crémasterien est très diminué.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : forts.

Réflexes achilléens : forts.

Réflexe bicipital, tricipital et radial : légèrement exagérés.

Réflexes oculo-pupillaires :

Le réflexe lumineux est très ralenti, et parfois l'éclairage de l'œil avec une forte lumière produit d'abord une dilatation passagère de la pupille, puis lentement la constriction s'effectue.

Le réflexe à l'accommodation paraît exister, mais est difficile à apprécier chez ce malade dont on ne peut obtenir une attention suffisante.

Les pupilles sont légèrement dilatées.

Le phénomène de Pilez est positif.

La sensibilité cornéenne est normale.

OBSERVATION XVIII

Édouard C..., vingt-cinq ans. Interné à Bicêtre en juin 1913, pour débilité mentale, avec quelques idées délirantes polymorphes : hypocondrie, persécution, ambition et préoccupations sexuelles.

Quelques semaines plus tard on constate des alternatives d'excitation et de dépression et une disparition progressive des idées délirantes.

Actuellement on constate : tantôt un état de dépression avec attitudes catatoniques, tantôt des périodes d'excitation d'une assez longue durée avec loquacité prétentieuse et maniérée, tantôt des stéérotypies des gestes et de la parole avec incohérences, néologismes, répétition des mêmes mots et des mêmes phrases et de la salade de mots. Du négativisme.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est normal et égal des deux côtés.

Le réflexe du fascia lata existe, mais est très diminué.

Le réflexe crémastérien est normal.

Le réflexe abdominal est normal.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : très exagérés.

Réflexes achilléens : forts.

Réflexes bicipital, tricipital : normaux.

Réflexe radial : normal.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexe lumineux : normal.

Réflexe à l'accommodation : très diminué.

Pas d'inégalité ni de déformation pupillaire.

Le phénomène de Pilz est positif.

Sensibilité cornéenne normale.

Plusieurs examens successifs ont confirmé les mêmes résultats.

OBSERVATION XVIII

Maurice M... a été interné à dix-neuf ans pour affaiblissement intellectuel, avec excitation par intervalles.

Physiquement, on note de nombreux stigmates de dégénérescence, asymétrie faciale, strabisme convergent, nystagmus xyphose.

Actuellement le malade est indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il répond mal aux questions qu'on lui pose, et présente parfois de l'incohérence. Il est désorienté dans le temps : ne se rappelle ni son âge ni l'époque approximative de son internement. Il lui arrive parfois au cours de ses promenades dans la cour de prononcer des mots sans suite et de répéter constamment les mêmes mots et les mêmes phrases. Tantôt il s'oppose violemment à l'ordre qu'on lui donne ; tantôt il l'accomplit avec la plus grande docilité. Il présente des alternatives d'excitation violente, et de mutisme. La dernière période d'excitation remonte à quatre jours et avait duré près d'une semaine.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est très vif, et en flexion, égal des deux côtés.

Le réflexe du fascia lata est très positif.

Le réflexe crémastérien est diminué.

Le réflexe abdominal est faible.

Réflexes tendineux :

Les réflexes rotuliens sont manifestement exagérés.

Réflexes achilléens : très forts.

A un de nos examens, nous avons pu obtenir de la trépidation épileptoïde.

Les réflexes bicipital, tricipital, radial sont forts.

Réflexes oculo-pupillaires.

Les deux réflexes à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

Légère inégalité, et irrégularité pupillaire.

A certains moments, nystagmus horizontal.

Le phénomène de Pilcz est positif.

La sensibilité cornéenne est diminuée.

Pendant les périodes de dépression, la réflectivité n'est pas sensiblement diminuée.

OBSERVATION XIX

Jean L..., trente-trois ans, est entré en 1909, après une série d'actes désordonnés de violences envers son entourage

et l'envoi de plusieurs lettres au parquet pour se plaindre « d'une bande de gens qui le persécutent ». A ce moment il avait quelques idées de grandeur et pendant deux ans il fut considéré comme un dégénéré atteint de délire polymorphe où dominaient les idées de persécution. Il réclamait sa sortie et se livrait à quelques actes de violence. En 1908, les idées délirantes diminuent et le malade se présente alors surtout comme un affaibli intellectuel. Nombreux stigmates de dégénérescence,

Actuellement : le malade reste alité et refuse de se lever : il présente du mutisme interrompu parfois par quelques phrases incohérentes. Le malade reste quelquefois pendant des heures le sourcil froncé et la tête appuyée sur la main droite. Si l'on veut modifier sa position il s'y oppose et la reprend aussitôt qu'on lui a lâché les mains. D'autres fois, lorsqu'on renouvelle le même geste à plusieurs reprises devant lui, et sans lui adresser la parole, on obtient de lui un geste analogue. Il a fréquemment des accès d'excitation spontanée. Quelques violences au cours desquelles il déchire ses draps. Refus passager d'alimentation. Accès de rire.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est diminué, mais égal des deux côtés.

Réflexe du fascia lata : aboli.

Le réflexe abdominal est un peu affaibli.

Le réflexe crémastérien est beaucoup plus diminué.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : très exagérés.

Réflexes achilléens : très forts.

Les réflexes du bras sont presque impossibles à rechercher ; au cours de tous les examens que nous fîmes, il nous fut impossible d'obtenir du malade qu'il ne se contractât point. Ils paraissent néanmoins exister.

Réflexes oculo-pupillaires :

Le réflexe lumineux n'est pas modifié.

Le réflexe à l'accommodation paraît affaibli.

La forme des pupilles est normale.

Le phénomène de Pilcz est positif.

La sensibilité cornéenne est normale.

OBSERVATION XX

Eugène V.... trente-deux ans. Le malade est entré en 1911 à la suite d'accès de violences suivis d'une tentative de suicide. A ce moment il avait des illusions, des hallucinations et quelques idées mélancoliques et de persécution : il était découragé, inerte et ne causait presque pas. Bientôt s'ajoutent quelques idées délirantes, mystiques, hypocondriaques. Après son internement ses idées délirantes polymorphes s'atténuent. L'affaiblissement intellectuel augmente au contraire. Il devient inconscient de sa situation, conserve longtemps les mêmes attitudes, reproduit quelques-uns des gestes que l'on fait devant lui, et bien souvent devient très violent.

Actuellement : le malade est indifférent à son entourage, et se promène dans la cour en marchant toujours du même pas, ralenti ; lorsqu'on l'appelle il ne fait aucune opposition à accepter l'interrogatoire, mais il répond très mal ne comprenant pas la question posée. Lorsque après beaucoup de difficultés il répond à des questions simples sur son âge, la date de son internement, l'époque actuelle, le désir qu'il peut avoir de sortir, ses réponses sont fausses ou absurdes. Écholalie. Répétitions des mêmes mots et des mêmes phrases. Accès de violences. Périodes de dépression. Le plus souvent demi-mutisme et tranquillité. Les idées délirantes polymorphes sont devenues insignifiantes, et ce n'est que par hasard qu'on peut l'obtenir quelques mots à ce sujet. Parfois il conserve les attitudes communiquées.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est aboli.

Le réflexe du fascia lata est aboli.

Réflexe crémasterien : faible.

Réflexe abdominal : faible.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : exagérés.

Réflexes achilléens : exagérés.

Réflexes bicipital, tricipital, radial : forts.

Réflexes oculo-pupillaires :

Réflexes lumineux : normaux.

Réflexes à l'accommodation : normaux.

Légère inégalité pupillaire.

Phénomène de Pilcz : négatif.

Sensibilité cornéenne : normale.

A d'autres examens, les réflexes à la lumière et à l'accommodation restent sans changement ; mais on constate de la mydriase.

OBSERVATION XXI

Joseph R..., quarante-huit ans, a été interné à vingt-trois ans, à la suite d'extravagances sur la voie publique.

A ce moment on notait : de la stupeur, de la prostration, du mutisme, des attitudes bizarres. Refus de dire son nom. Le diagnostic de démence précoce a été porté quelques années plus tard.

Actuellement, le malade ne répond que très rarement aux questions, même élémentaires, qu'on lui pose, et ne les comprend que très difficilement et après beaucoup d'insistance. Il se promène seul dans la cour, émettant à mi-voix des propos incohérents où l'on entend constamment les mêmes mots et les mêmes phrases. Il ne sait ni son âge, ni depuis combien de temps il est interné, ni l'endroit où il se trouve. A certains moments, il semble gémir, en parlant à des personnages imaginaires et refait constamment les mêmes gestes.

Pas d'impulsions ; pas de périodes d'excitations. Quelques accès de rire.

Examen de réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire se fait en flexion. A un premier

examen, il paraissait normal des deux côtés. A d'autres examens, il était manifestement affaibli du côté gauche.
Le réflexe fascia lata est diminué.
Le réflexe crémastérien est diminué.
Le réflexe abdominal est normal.

Réflexes tendineux :

Réflexe rotuliens : très fort.
Réflexes achilléens : très fort.
Réflexes bicipital, tricipital, radial : forts.

Réflexes oculo-pupillaires.

Le réflexe lumineux est diminué et paresseux.
Le réflexe de l'accommodation paraît absent.
Pas de déformation pupillaire.
Le phénomène de Pilcz est positif.
La sensibilité cornéenne est normale.

OBSERVATION XXII

Henri L..., dix-neuf ans. Interné en 1911 pour démence précoce à forme catatonique, avec suggestibilité, attitudes stéréotypées, négativisme, verbigération.

Actuellement, tous ces symptômes persistent. De temps en temps quelques périodes d'excitation légère tant diurne que nocturne. La plupart du temps le malade reste calme, assis, conservant longtemps les mêmes attitudes, l'air un peu hébété. Il présente du ptyalisme, des crachottements, fait des grimaces. Son élocution est maniérée. Il parle d'une façon saccadée comme s'il avait de la peine à prononcer les mots.

Il est complètement désorienté dans le temps, ne sait pas son âge. Il nomme les objets qu'on lui présente, mais répond difficilement aux questions.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est faible, en flexion légère de quatre petits orteils et immobilité du gros.

Le réflexe de fascia lata n'existe pas.

Réflexe crémastérien : normal.

Réflexe abdominal : normal.

Réflexes tendineux :

Les réflexes rotuliens sont forts, mais non exagérés.

Réflexes achilléens : normaux.

Réflexes bicipital, tricipital et radial : normaux.

Réflexes oculo-pupillaires :

Le réflexe lumineux est très diminué et très ralenti.

L'accommodation paraît normale.

A un premier examen, nous avons remarqué de la mydriase, qui a disparu par la suite.

Le phénomène de Pilcz est nettement positif.

La sensibilité cornéenne persiste.

OBSERVATION XXIII

Edouard C.... vingt-sept ans, est entré pour la première fois en mars 1909, pour débilité mentale avec interprétations délirantes, illusions, idées confuses de persécution. Pendant

quelques semaines, on a constaté de l'excitation et des violences par intervalle. Puis ces phénomènes se sont amendés, et deux mois après on pouvait le rendre à sa famille. Mais bientôt les états d'excitation se renouvellent, et devant le désordre des idées et des actes (le malade se couchait tout habillé ou sortait dévêtu..., refusait de s'alimenter et de s'occuper des soins de toilette les plus élémentaires), le malade est réinterné. On constate alors de l'irritabilité, des idées confuses de persécution, des violences succédant à des périodes assez courtes de dépression et de mutisme.

Actuellement : le malade se promène toujours seul dans la cour. Il se présente le tronc incliné en avant et la tête oscillant de droite à gauche. Il n'adresse jamais la parole tant aux infirmiers qu'aux malades. Il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Quand on veut lui causer, il cherche à fuir son interlocuteur. Les questions posées sont mal comprises et, d'ailleurs, il y répond très rarement.

Pas de violences ni d'impulsions.

Examen des réflexes

Réflexes cutanés :

Le réflexe plantaire est extrêmement affaibli, surtout du côté droit, il se fait en flexion.

Le réflexe du fascia lacta est très diminué.

Le réflexe abdominal est diminué.

Le réflexe crémastérien est également très peu marqué.

Réflexes tendineux :

Réflexes rotuliens : forts, mais non exagérés.

Réflexes achilléens : forts.

Réflexes bicipital, tricipital, radial : normaux.

Réflexes oculo-pupillaires :

Le réflexe lumineux est normal.

Le réflexe à l'accommodation est normal.

Pas de modification de la forme des pupilles.

Phénomène de Pilcz : positif.

Sensibilité cornéenne : normale.

Nous faisons remarquer que les observations XIII et XIV se rapportent à des malades légèrement excités et ayant de très vagues idées délirantes.

Les observations XV et XVI sont celles de malades en état d'hypoexcitation habituelle.

Les observations XVII et XVIII, celles de malades ayant des alternatives d'excitation et de dépression.

Enfin, les observations XIX, XX, XXI, XXII, XXIII se rapportent à des malades très calmes, hébétés, et dans un état presque habituel de stupeur et de mutisme.

CHAPITRE III

CRITIQUES DES RÉSULTATS OBTENUS ET CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉFLECTIVITÉ DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Telles sont les observations des 23 malades que nous avons examinés. Voyons maintenant les résultats que vont nous fournir ces observations.

Pour la réflectivité tendineuse, nous avons trouvé :

Diminution : cinq fois.

Réflectivité normale : six fois.

Réflectivité exagérée : quinze fois.

Pour la réflectivité cutanée :

Diminution ou abolition : seize fois.

Réflectivité normale : sept fois.

Réflectivité exagérée : zéro.

Si, maintenant, nous examinons dans quels rapports sont entre eux ces troubles de la réflectivité tendineuse et de la réflectivité cutanée, nous obtenons :

Diminution parallèle de la réflectivité tendineuse et de la réflectivité cutanée : deux fois.

Réflectivités tendineuse et cutanée normales : trois fois.

Réflexivité tendineuse normale, réflexivité cutanée diminuée ou abolie : trois fois.

Réflexivité tendineuse exagérée et réflexivité cutanée normale : quatre fois.

Réflexivité tendineuse exagérée, réflexivité cutanée diminuée : onze fois.

Quant aux réflexes oculo-pupillaires, voici quels sont nos résultats :

Diminution du réflexe à la lumière : neuf fois.

Diminution du réflexe à l'accommodation : huit fois.

Réflexe paradoxal à la lumière : deux fois.

Sensibilité cornéenne diminuée : cinq fois.

Inégalité pupillaire : sept fois.

Mydriase : sept fois.

Mais il nous faut ajouter à ce sujet qu'il est exceptionnel de rencontrer tous ces troubles à la fois chez le même malade ; et que, d'autre part, ce ne sont pas là des signes constants. Nous avons fait, en effet, plusieurs examens chez chaque malade, et il nous est souvent arrivé de voir : tantôt un réflexe lumineux jusque-là normal, devenir paresseux et diminué, pour reprendre ensuite sa condition première ; tantôt de la mydriase ou de l'inégalité apparaître, et que nous ne retrouvions plus le lendemain. Comme il est difficile dans de telles conditions de donner des résultats qui aient quelque valeur, nous n'avons relevé dans la statistique figurée ci-dessus, que les modifications qui nous ont paru durables et que nous avons constatées à plusieurs examens successifs.

Nous avons fait également chez tous nos malades

une recherche systématique de signe de Pilcz. Nous rappellerons brièvement que ce signe consiste en l'occlusion énergique des paupières qui détermine un rétrécissement des pupilles, celles-ci étant auparavant moyennes ou dilatées :

Nous l'avons trouvé positif dans 17 cas.

Nous l'avons trouvé négatif dans 6 cas.

Ajoutons enfin que tous ces troubles de la réflexivité tendineuse cutanée ou oculaire nous paraissent absolument indépendants de l'âge des malades, de la durée de la maladie, de l'état plus ou moins conscient des malades, du degré de stupeur ou d'excitation. La lecture des observations que nous rapportons nous montre, en effet, qu'il n'est pas possible d'établir une classification quelconque basée sur un de ces facteurs, et que les troubles des réflexes ne peuvent nous renseigner en rien sur la forme de la maladie.

Il nous reste maintenant à comparer les résultats que nous avons obtenus avec ceux des auteurs qui se sont avant nous préoccupés de la question, et nous prions, à ce sujet, le lecteur de vouloir bien se reporter au chapitre premier où nous donnons en détail les conclusions de ces auteurs.

Pour la réflexivité tendineuse, nos conclusions ne sont pas sensiblement différentes de celles obtenues avant nous.

Toutefois l'exagération que nous observons est un peu inférieure à celle signalée généralement.

Nous observons, en effet, une exagération globale

dans 65 o/o des cas, alors que certains ont trouvé jusqu'à 93 o/o des cas.

Nous trouvons : une réflectivité normale dans 26 o/o une réflectivité diminuée dans 8 o/o des cas.

En somme, la réflectivité tendineuse nous paraît conservée ou exagérée dans 91 o/o des cas.

De plus, le réflexe tendineux que nous avons trouvé le plus constamment fort ou exagéré est le réflexe rotulien, puis le réflexe achilléen, puis le réflexe radial.

Voici du reste nos pourcentages :

Réflexe rotulien fort ou exagéré....	65 o/o des cas
Réflexe achilléen fort ou exagéré...	56 o/o des cas
Réflexe radial fort ou exagéré.....	51 o/o des cas

Dans sa statistique, Sérieux avait trouvé :

Exagération du réflexe rotulien....	70 o/o des cas
Exagération du réflexe du poignet.	73 o/o des cas

Trepsat constatait :

Exagération du réflexe rotulien....	59 o/o des cas
Diminution de ce même réflexe....	12 o/o des cas

Pour la réflectivité cutanée, nos résultats ne diffèrent pas non plus beaucoup de ceux relatés par les auteurs :

Nous obtenons :

Diminution ou abolition de la réflectivité cutanée.....	70 o/o des cas
Réflectivité cutanée normale.....	30 o/o des cas

Toutefois, à l'encontre d'aucuns nous n'avons jamais constaté d'exagération. Le réflexe cutané le plus souvent troublé est celui du facia lata que nous avons trouvé diminué ou aboli dans 70 o/o des cas.

Le réflexe plantaire, beaucoup plus rarement complètement aboli, nous a paru diminué dans 60 o/o des cas.

Ce réflexe plantaire, d'autre part, est parfois inégal des deux côtés (3 cas), et son régime peut présenter quelques variations journalières peu marquées.

Quant aux autres réflexes cutanés, nous n'avons jamais constaté leur abolition, mais seulement leur diminution, beaucoup moins souvent du reste que pour les réflexes précités : 43 o/o des cas pour le réflexe crémasterien ; 39 o/o pour le réflexe abdominal.

Enfin, pour les réflexes oculo-pupillaires, voici le pourcentage des troubles que nous avons constaté :

Réflexe lumineux diminué.....	34 o/o des cas
Réflexe à l'accommodation diminué.	39 —
Sensibilité cornéenne diminuée....	21 —
Mydriase.....	30 —
Inégalité pupillaire.....	30 —
Signe de Pilez positif.....	78 —

Jamais nous n'avons rencontré le signe d'Argyll Robertson, même très peu marqué. Quelquefois, au contraire, nous avons constaté une ébauche du signe inverse : c'est-à-dire diminution du réflexe à l'accommodation, alors que persistait le réflexe à la

lumière. De plus, jamais aucun des réflexes, tant à la lumière qu'à l'accommodation, n'était complètement aboli : nous ne les avons jamais trouvés que diminués ou normaux. Mais nous ne saurions assez répéter combien toutes ces modifications des réflexes oculo-pupillaires nous paraissent variables et inconstantes. Peut-être d'ailleurs, sont-ce ces variations continues, cette inconstance si fréquente des troubles observés, qui expliquent le peu de concordance des statistiques des divers auteurs, puisque suivant certain le réflexe lumineux n'est ralenti que dans 28 cas o/o (Trepstat), alors que suivant Sérieux il est troublé dans 77 o/o des cas !

Aussi nous paraît-il difficile de vouloir considérer ces troubles des réflexes oculo-pupillaires, même dans les cas peu nombreux où ils paraissent absolument constants, comme relevant uniquement de la démence précoce.

On sait, d'ailleurs, combien leur appréciation peut être délicate chez ces malades qui se prêtent souvent si mal à l'examen.

Le réflexe à l'accommodation, par exemple, est parfois impossible à mettre en évidence, car on ne peut obtenir des déments précoces une attention suffisante et les faire regarder alternativement un point proche et un point éloigné.

On sait également que l'insensibilité cornéenne est fréquente dans nombre de maladies ; qu'on la rencontre chez les alcooliques, les paralytiques généraux, chez beaucoup de confus. Cette insensibilité, du reste,

se voit souvent même chez les individus normaux chez lesquels on peut même trouver de l'anesthésie dans la partie externe de la sclérotique.

L'inégalité pupillaire enfin, se rencontre également chez de nombreux sujets indépendamment de toute affection organique ou oculaire déterminée.

Le signe de Pilez seul nous paraît avoir une constance réelle, puisque nous l'avons rencontré positif dans 78 o/o des cas, et cela à plusieurs examens successifs.

Aussi en résumé, si d'une part l'on veut bien envisager les difficultés qu'éprouve l'observateur à étudier des signes aussi délicats chez des sujets parfois si difficiles à examiner ; si d'autre part on veut bien se rappeler que les nombreux troubles observés sont variables d'un sujet à l'autre et presque toujours sur un même sujet, on doit retenir simplement que les réflexes oculo-pupillaires sont à peu près normaux chez les déments précoces, mais avec un peu de paresse à l'accommodation et à la lumière ; qu'enfin le signe de Pilez existe chez eux dans la grande majorité des cas.

Il ne faut pas oublier que de nombreux malades atteints de démence précoce se présentent à l'examen clinique parfois comme des malades en état d'excitation maniaque ; parfois comme des malades en état de dépression mélancolique.

Nous nous sommes demandé si dans ces affections nous pourrions trouver une formule de la réflectivité

tendineuse, cutanée et oculaire qui nous permettrait d'obtenir un élément de diagnostic.

L'examen des résultats nous a montré que les réflexes étaient à peu près les mêmes que chez les individus normaux, un peu plus forts dans les états d'excitation, un peu diminués dans les états de dépression.

Or, dans la démence précoce nous avons déjà fait remarquer que les troubles de la réflectivité demeuraient les mêmes, aussi bien dans les périodes d'excitation que dans les périodes de dépression. On ne peut donc considérer les troubles de la réflectivité que nous avons obtenus comme étant le corollaire de l'excitation ou de la dépression.

Si, d'autre part, nous examinons les troubles de la réflectivité chez des débiles et des imbéciles, nous constatons des troubles de toutes ces réflectivités qui se rapprochent sensiblement de ceux que nous avons trouvés dans nos observations de déments précoces.

Nous avons constaté de l'exagération des réflexes rotuliens dans 55 o/o des cas (onze fois sur 20 malades examinés) ;

De la diminution de la réflectivité cutanée dans la moitié des cas ;

Enfin, les réflexes oculaires nous ont paru moins fréquemment troublés que chez les déments précoces, et ce que nous avons rencontré surtout : c'est une diminution du réflexe à l'accommodation dans 32 o/o des cas.

D'après ce que nous venons de voir, les troubles de la réflexivité sont indépendants des périodes d'excitation et des périodes de dépression. Ils paraissent donc plutôt en relation avec le fonds de la maladie et nous devons nous demander s'ils ne peuvent nous donner aucune indication à ce sujet.

D'après Van Gehuchten :

« Les réflexes tendineux ont une origine mésencéphalique ou mieux sous-corticale, tandis que les réflexes cutanés proprement dits ont une origine corticale. Ceux-ci nécessitent pour se produire l'intégrité de l'écorce cérébrale et des voies ascendantes et descendantes correspondantes, et cela parce que les réflexes tendineux probablement d'origine mésencéphalique persistent même dans les cas où l'écorce grise est entièrement mise hors de fonction. Or, l'action inhibitrice que les centres nerveux supérieurs exercent, dans les conditions ordinaires, sur les réflexes médullaires, l'écorce grise du telencéphale l'exerce également sur les réflexes d'origine corticale mésencéphalique. Il résulte de là que dans les cas de lésions étendues de l'écorce grise ou de la substance blanche sous-jacente, on observera non seulement l'abolition complète des réflexes cutanés d'origine corticale, et l'exagération de la réflexivité médullaire, mais encore l'exagération considérable des réflexes tendineux d'origine mésencéphalique. Cette exagération est telle que non seulement les réflexes rotuliens, achilléens et tricipital, les seuls réflexes tendineux qui existent dans les

conditions normales, peuvent être mis en évidence avec une extrême facilité et avec une réaction motrice incomparablement plus forte que chez l'homme normal ; mais que de nouveaux réflexes tendineux surgissent, réflexes préexistant incontestablement d'une façon latente dans l'organisation interne des centres nerveux, mais dont la manifestation extérieure est entravée ou inhibée dans les conditions normales, par la connexion descendante cortico-spinale. Ces nouveaux réflexes tendineux sont aussi nombreux qu'il y a de muscles périphériques dont le tendon est assez superficiel pour être atteint directement par la percussion. »

Ces considérations, que nous devons appliquer aux résultats de notre étude semblent donc impliquer chez la plupart de nos malades des lésions de l'axe cérébro-spinal et en particulier de l'écorce cérébrale.

L'étude anatomo-pathologique entreprise depuis quelques années vient confirmer cette opinion. En effet, Kahlbaum, chez 7 catatoniques, trouve de la congestion avec exsudation de tous les vaisseaux encéphaliques et du ramollissement de l'écorce. Alzheimer constate surtout, au niveau des couches profondes des cellules de l'écorce, de la tuméfaction des noyaux et des corps cellulaires retracts en voie de destruction au milieu de fibrilles névrogliales néoformées.

Kroepelin, Sérieux constatent un envahissement de l'écorce par de gros noyaux de névroglie entourant des cellules malades.

Dunton constate des lésions prédominant dans la première circonvolution frontale: chromolyse centrale, léger degré parfois de pigmentation jaune pâle; atrophie peu considérable des cellules; atrophie, dislocation et gonflement du noyau; plissement de sa membrane. Atteinte plus grande des couches profondes, altérations similaires des cellules motrices mais minimales. Augmentation légère des noyaux névrogliques. Phagocytose intense et désintégration considérable des cellules.

Klippel et Lhermitte, à leur tour, ont trouvé que les altérations portent, dans l'encéphale et dans la moelle, sur les neurones et rarement sur la névroglie; que les lésions des neurones peuvent être soit des lésions préalables, non constantes, et d'origine congénitale; soit des lésions développées au cours de la maladie et consistant dans l'atrophie du neurone avec évolution granulo-pigmentaire, soit enfin des lésions consécutives marquées par un arrêt de croissance portant sur les neurones; toutes ces lésions, bien que diffuses, se localisant surtout sur les centres d'association.

Leroy et Laignet-Lavastine notent que les cellules pyramidales présentent de la chromatolyse centrale; que les petites cellules pyramidales sont un peu atteintes au niveau de la lobule paracentral.

En Angleterre, W. Mott et, à la suite, Stewart, Harper Smith et Rae Gibson, ont constaté des lésions caractérisées surtout par une altération des cellules pyramidales dans toute les régions.

Mais nous ne pouvons citer ici tous les très nombreux travaux relatifs aux lésions cérébrales de la démence précoce. Cela nous entrainerait trop loin de notre sujet ; contentons nous de faire remarquer que ces lésions sont maintenant admises par tous les auteurs. Ainsi se trouve donc expliquée la formule générale des reflectivités tendineuse et cutanée telle qu'elle ressort des observations que nous apportons : exagération de la réflectivité tendineuse, et diminution de la réflectivité cutanée.

CHAPITRE IV

LE RÉFLEXE DE LÉRI CHEZ LES DÉMENTS PRÉCOCES

Enfin nous avons recherché chez les déments précoces un réflexe nouvellement signalé : le signe de l'avant-bras, décrit récemment par Léri (Société de Neurologie, février 1913).

Voici en quoi consiste ce signe : « On recommande au sujet de laisser complètement passif le membre supérieur examiné et on le soutient avec la main gauche au niveau du poignet ou de l'avant-bras. Avec la main droite on fléchit alors ses doigts dans la main, puis sa main sur l'avant-bras : on enroule la main sur elle-même, on force un peu ; à ce moment on voit l'avant-bras se fléchir progressivement, comme sous l'influence d'un ressort ou d'une traction élastique. »

D'après Léri, ce signe est bien un véritable réflexe, différent sans doute des réflexes tendineux ordinaires que caractérise leur brusquerie, leur instantanéité, mais c'est surtout un réflexe à long trajet, dont les voies, comme il en arrive pour les réflexes cutanés, semblent passer par le cerveau. D'autre part ce

signe existe constamment à l'état physiologique et en l'absence de lésions du système nerveux. Il présente, sans doute, quelques variations d'intensité individuelle, soit dans son amplitude, soit dans sa rapidité : mais en tous cas il est égal des deux côtés chez les individus sains.

On conçoit alors, après les considérations auxquelles nous venons de nous livrer pour tâcher d'expliquer la grande fréquence chez les déments précoces d'une réflexivité cutanée diminuée ou abolie, on conçoit quel intérêt la recherche de la présence de ce nouveau signe, dont les voies semblent être les mêmes que celles des réflexes cutanés et passer par le cerveau, peut présenter pour nous.

Nous ne sommes pas du reste les premiers à y avoir songé. Livet, Morel et Peuillet en ont pratiqué une recherche systématique chez un certain nombre d'aliénés, et voici les résultats qu'ils ont obtenus.

Chez 92 déments précoces :

Le signe de Léri fut positif.....	10 fois
Asymétrique.....	40 fois
Diminué ou négatif.....	42 fois

Chez 28 idiots :

Positif.....	2 fois
Asymétrique.....	17 fois
Négatif ou diminué.....	9 fois

Chez 39 paralytiques généraux :

Positif.....	32 fois
Asymétrique.....	4 fois
Négatif ou diminué.....	3 fois

Enfin dans 24 cas de psychose maniaque ils obtenaient :

Signe positif.....	18 fois
Signe négatif.....	1 fois
Signe asymétrique.....	4 fois

Cette statistique est éloquente : puisqu'elle nous montre bien que, de même que pour la réflectivité cutanée, c'est chez les déments précoces et chez les idiots que l'on obtient et de beaucoup le plus grand pourcentage de diminution, abolition ou asymétrie du signe de Léri.

Les résultats qu'à notre tour nous avons observés sont assez comparables : et chez les 23 malades dont nous avons rapporté l'observation, le signe de Léri était :

Positif et normal.....	3 fois
Asymétrique.....	7 fois
Très diminué ou aboli.....	13 fois

De même chez 20 débiles, idiots ou dégénérés que nous avons examinés, nous avons obtenus :

Signe positif.....	3 fois
Asymétrique.....	8 fois
Négatif ou très diminué.....	9 fois

Au contraire, la même recherche chez 11 paralytiques généraux ne nous donnait que 2 cas de signe asymétrique.

Les autres restant absolument normaux.

Nos recherches, confirmant d'ailleurs celles de Moret, Livet et Puillet, semblent montrer que nous

sommes en présence d'un élément important de diagnostic, qui, joint à la constatation des autres troubles des réflexes cutanés et tendineux, qu'il est si fréquent de rencontrer chez les déments précoces, pourra probablement aider parfois les cliniciens.

CONCLUSIONS

I. — Il existe chez les déments précoces des troubles de la réflexivité tendineuse et de la réflexivité cutanée.

II. — Le type le plus habituel de ces troubles est celui-ci :

Réflexivité tendineuse exagérée ;

Réflexivité cutanée diminuée.

III. — Malgré un pourcentage plus élevé donné par la statistique de plusieurs auteurs, nous n'avons rencontré ces troubles que dans les 2/3 des cas.

IV. — Les troubles des réflexes oculo-pupillaires sont variables et surtout extrêmement inconstants. Aussi nous semblent-ils devoir être tenus comme négligeables.

Seul cependant le signe de Pilcz très fréquent (78 o/o) nous paraît devoir être pris en considération.

V. — Le réflexe de Léri est dans 82 o/o des cas : soit négatif, soit asymétrique chez les déments précoces.

VI. — Les troubles des réflexes observés dans la démence précoce ne dépendent pas des modalités cliniques de la maladie. Ils se retrouvent indistinc-

tement dans toutes les formes et ne semblent être modifiés ni par les états d'excitation, ni par les états de dépression.

VII. — On ne note pas de troubles comparables des réflexes dans la manie, ni dans la mélancolie.

On trouve, au contraire, dans la débilité mentale, dans l'imbécilité, une formule qui se rapproche de celle de la démence précoce.

VIII. — Il résulte de tout cela que :

D'une part les troubles de la réflexivité dans la démence précoce semblent s'accorder avec la probabilité des lésions des centres nerveux supérieurs, lésions d'ailleurs observées par de nombreux auteurs ;

Que, d'autre part, la constatation de ces troubles ne paraît pas assez absolue, ni leur formule assez catégorique pour permettre au médecin de tirer de l'examen physique une preuve formelle pour le diagnostic de la démence précoce ;

Mais que, toutefois, la constatation de la formule que nous avons indiquée, jointe à la constatation concomitante de la présence du signe de Pilcz et de l'absence du réflexe de Léri peut devenir, dans les cas où le diagnostic est hésitant, un appoint sérieux en faveur de la démence précoce.

Vu : le Président de la thèse,

GILBERT BALLEZ

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BLIN. — Manifestations oculaires de la démence précoce.
Thèse de Paris, 1905.
- Troubles oculaires dans la démence précoce, in
Revue neurologique, 1906.
- BUMCKE. — Recherches sur la pupille dans les psychoses
fonctionnelles.
Archiv. für psychiatrie, t. XXXII.
- Ueber die pupillen Störungen bei dementia præcox.
Munschners medicinische Wochenschrift, 1910.
- Die pupillen Störungen bei gustes und Nervenkrankheiten
Jena 1904.
- BUNKE. — Congrès de Baden-Baden, 1903
Examen des pupilles dans les névroses fonctionnelles.
- BLEULER. — La Démence précoce se groupe des Schizophrénies
(in *Handbuch der psychiatrie von professor Aschaffenburg*, 1911.)
- BRUNSTEIN et NAHHSIDOFF. — Études des symptômes physiques
de la démence précoce in *le médecin Russe*.
1906.
Binswanger und Siemerling, *Lehrbuch der psychiatrie*. Jena 1907.
- CHENAIS. — Troubles physiques de la démence précoce.
Thèse de Paris, 1902.
- DIDE. — Du syndrome réflexe de la démence précoce, in
Revue neurologique, 1912.

- DIDE et LEBORGNE. — Les Symptômes médullaires dans la démence précoce (Société de Neurologie, 1906).
- DIDE — Signes oculaires de la démence précoce, in Revue neurologique, 1905.
- DIDE et ASSICOT. — Signes oculaires de la démence précoce (Archives de Neurologie, 1905).
- DIDE et CHENAIS. — Sur le réflexe du fascia lata (Journal de Neurologie, 1902).
- DIDE et ASSICOT. — Troubles des réflexes pupillaires dans la démence précoce (Congrès de Rennes, 1905).
- DENY et ROY. — La Démence précoce Paris, Baillière, 1902.
- DENY. — Les Démences vésaniques (Congrès de Pau, 1904).
- DEROUBAIX. — Les Symptômes médullaires dans la démence précoce (Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique, 1906).
- DORMEA et MAGGIOTO. — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci (Journal de Psychiâtrie clinique. Ferrare, 1905).
- DUNTON (William). — Diagnostic de la démence précoce (American Medecin, 1902).
- H. EVENSEN. — Dementia præcox. (Kristiana, 1904).
- W. FÜCHS. — Pupillen Störungen bei Dementia præcox (Psychiatrie. neurol. Wochenschrift. Halle 1911-1912).
- GIFFORD. — An orbicularis pupillary réaction (archiv. of. ophthalmology, 1896, vol. XXIV).
- GALASSI. — Sopra un singulare fenomeno pupillare (Sulla réarione palpebrale della pupilla. 1887).
- KLIPPEL et LHERMITTE. Anatomie pathologique de la démence précoce (Revue de Psychiâtrie, 1904).
- Société de Psychiâtrie, 1908.
- KAHLBAUM. — Le Catatonie. Leipsig, 1877.
- KAISER. — Diagnostic différentiel de l'hystérie et de la Catatonie (Allgemeine Zeitschrift. für Psychiatrie, 1901).
- KRÖPELIN. — Psychiatrie. Leipsig, 1910-1913.
- M. LINDE. — Pupillen Untersuchungen in Epileptischen, Hysterischen und Psychopathischen. Leipsig, 1907.

- LEBORGNE. — Contribution à l'étude des signes et des lésions médullaires dans la démence précoce. Thèse de Paris, 1906.
- LIVET, MOREL, PEUILLET. — Le Signe de Léri dans quelques maladies mentales (Revue neurologique, juin 1913).
- LÉRI (A.). — Le Réflexe de l'avant-bras (Société neurologique, 1913. Revue neurologique, 1913).
- LAGRIFFE. — Troubles du mouvement de la démence précoce (Comptes rendus du Congrès du Puy, 1913).
- LAIGNEL-LAVASTINE et LEROY. — Dément précoce mort avec stéatose du foie et lésions cellulaires toxiques de l'écorce cérébrale.
- MIGNOT. — Troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse de Paris, 1900.
- MASSELON. — La Démence précoce. Thèse de Paris, 1902.
- MAILLARD. — Valeur séméiologique des troubles du réflexe rotulien et du réflexe cutané plantaire dans la démence précoce (Société de Psychiatrie, 1909).
- MEYER. — Pupillen Störungen bei dementia præcox (Berliner Wechenschrift, 1910).
- PIQUEMAL. — Considérations sur le réflexe et sur les réflexes dans la démence précoce. Thèse de Toulouse, 1912.
- SIEMERLING. — Modifications des réflexes pupillaires dans les maladies mentales (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, t. LXII).
- SÉGLAS. — Démence précoce et catatonie (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1902).
- SÉRIEUX. — La Démence précoce (Revue de Psychiatrie, 1902).
- SÉRIEUX et MASSELON. — Société médico-psychologique, 1902.
- RÉMOND. — Précis des maladies mentales. Paris, 2^e édition, 1909.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, 5^e édition, 1913.
- TOURARSKY et MEYER. — Phénomènes somatiques de la démence précoce (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1909).

TYSON et PIERCE CLARKE. — Le Syndrome oculaire de la démence précoce (Journal of the American Medical Association, 1908).

TREPSAT. — Étude des troubles physiques de la démence précoce. Thèse de Paris, 1905.

TANSI. — Traité des maladies mentales. Milan, 1905.

VIDAL. — Études sur les réflexes pupillaires. Paris, 1901.

PILCZ. — Ueber neue Pupillenphänomene (Neurologie Centralblatt, 1899, n° 6).

VAN GEBUCHTEN. — Anatomie du système nerveux de l'homme. Louvain, 1906.

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2339-12

